



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

شبكة توفير الرعاية لأطفال العاملين

التاريخ:

المكتب المطبي

رقم الحالة

**خطاب بانتظار الموافقة على الرعاية في المنزل/بواسطة أحد الأقارب
طلب مقدم إلى شبكة توفير الرعاية لأطفال العاملين – الجزء 2**

طلبتكم إلى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية المساعدة في دفع تكاليف رعاية الطفل المقدمة من إحدى الجهات التاليتين:

1. شخص بالغ يحضر إلى بيته لتقديم الرعاية للطفل؛ أو
2. قريب مستوف للشروط تقوم الرعاية في بيته.*

ولإصدار إذن برعاية الطفل، يجب عليكم القيام بما يلى:

إكمال الجزء 2 المرفق من الطلب المقدم إلى شبكة توفير الرعاية لأطفال العاملين والتوجيه عليه. ويرجى عدم ترك أي بيانات خالية. ويجب أن يوقع مقدم الرعاية على هذا النموذج أيضاً.

مطالبة مقدم الرعاية بملء نموذج الموافقة على الخلفية Background Authorization. وفي حالة ترك أي خانة بالنماذج فارغة أو ناقصة، سيعاد إليكم دون النظر فيه ويتاخر صرف أي مستحقات. الرجا كتابة "لا يوجد" حيثما لا ينطبق البند المعنى. وقد يستغرق بحث الطلب مدة تتراوح بين أسبوعين وثلاثة أسابيع.

إذا كان مقدم الرعاية أحد الأقارب المستوفين للشروط* ويقوم بتقديمها لأطفالك في بيته، فلا بد أيضاً من أن يملأ جميع الأشخاص المقيمين في ذلك البيت البالغين من العمر 16 عاماً أو أكثر نماذج الموافقة على الخلفية. ويلزم أن تطلب نماذج إضافية في حالة اختيارك هذا النوع من رعاية الطفل.

تقديم نسخة من بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بمقدم الرعاية.

تقديم نسخة من إثبات الهوية مشتمل على صورة مقدم الرعاية. ويمكن أن يتمثل هذا الإثبات في رخصة القيادة الخاصة بمقدم الرعاية. وفي حالة انتهاء صلاحية إثبات الهوية، يرجى تقديم ما يثبت عنوانه الحالى كنسخة من فاتورة حديثة موجهة باسمه.

وإذا كانت لديكم أية أسئلة، الرجا الاتصال بنا في الرقم المنكور أدناه.

رقم التليفون (الهاتف)/(fax):

اسم الأخصائي(ة):

* يقصد بالقريب المستوفي للشروط جد الطفل أو جدته، أو خالته أو عمه، أو أبو جده أو أم جدته، أو أم خالته أو عمه، أو أبو خاله أو عمه، أو شقيق /شقيقة باللغ(ة) مقيم(ة) خارج البيت الذي يقيم به الطفل، أو أحد أفراد العشيرة الممتدة بموجب الفصل 7415 من المدونة المنقحة لقوانين ولاية واشنطن .RCW